

I.D.

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

Valida ai fini del Progetto ECM

MEETING INTERDISCIPLINRE SIA  
IL RISCHIO TROMBOEMBOLICO NELLA CHIRURGIA ORTOPEDICA  
SIMPOSIO MULTIDISCIPLINARE SULLA MEDICINA  
E TRAUMATOLOGIA DELLO SPORT

**Cognome**

**Nome**

**Professione** (Laurea)

**Incarico/Ruolo**

**Disciplina** (Specializzazione)

**Codice Fiscale**

**Luogo e data di nascita**

il / /

**Sede di lavoro**

**Indirizzo Via**

**Cap**

**Città**

**Provincia**

**Indirizzo abitazione**

**Cap**

**Città**

**Provincia**

**Telefono lavoro**

Telefono abitazione

**Fax**

**Cellulare**

**E-mail**

Il sottoscritto autorizza l'inserimento dei dati personali nell'archivio della società Informatics & Communication S.r.l. e dell'Associazione SIA (Associazione Italiana di Artroscopia), in conformità della normativa 675/96 sulla Privacy, dati che saranno utilizzati per invio di informazioni sui servizi e/o per elaborazioni amministrative.

Autorizzo le suddette società a gestire i dati secondo gli scopi per cui essi sono forniti, ivi compresa la cessione ad eventuali terzi.

**Data**

**Firma**

**N.B. I campi in grassetto sono necessari per la richiesta di accreditamento, se non risulteranno compilati i crediti non potranno essere convalidati.**